

## AANGIFTE ZIEKTE OF ONGEVAL MET LICHAAMELIJK LETSEL

WIT = ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval

ROZE = exemplaar voor de getroffene

GEEL = ingevuld terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance binnen 8 dagen (eveneens door de behandelende geneesheer laten invullen)

### GEGEVENS OVER DE ZIEKTE OF HET ONGEVAL

Polisreferentie  Dossiernr.   
 Datum ongeval/ziekte  om  uur  
 Plaats ongeval   
 Nr. bemiddelaar  Naam bemiddelaar   
 Briefwisseling aan:  bemiddelaar Referentie bemiddelaar   
 klant Referentie klant

### VERZEKERINGNEMER

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak

### GETROFFENE

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak   
 Voor kinderen: naam van de vader en/of de moeder

### TEGENPARTIJ

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak   
 Verzekeringsmaatschappij en polisreferentie   
 Voertuig

### SAMENLOOP VAN VERZEKERINGEN

Bezit u nog andere polissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte?

Ja  Neen

Welke? (vermeld eveneens naam van de verzekeraar en polisreferentie): .....

### OMSTANDIGHEDEN

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval: .....

Aard van de kwetsuren of ziekte: .....

### VERKLARINGEN

U verklaart zich akkoord met de bepalingen vermeld op de achterzijde van het roze exemplaar dat voor u bestemd is.

Gedaan in ....., op .....

Handtekening getroffene\*

\*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

## VERKLARINGEN MEDEDELINGEN

- Baloise Insurance verwerkt de persoonsgegevens in het kader van risicobeoordeling, beheer van polissen en schadegevallen en voor commerciële doeleinden. De gegevens van de verzekerde kunnen ook worden gebruikt binnen bedrijven van de Baloise Group. De verzekerde kan deze gegevens conform de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer steeds opvragen en laten verbeteren bij het Secretariaat-Generaal ([privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)). Wenst de verzekerde geen commerciële informatie te ontvangen, dan moet hij dit melden.

De verzekerde geeft ons de uitdrukkelijke toestemming om zijn gezondheidsgegevens en gerechtelijke gegevens te verwerken voor het beheer van polissen en schadegevallen. Alle verworven persoonsgegevens kunnen wij ook gebruiken in het kader van fraudebestrijding.

De verzekerde stemt er verder mee in dat de persoonsgegevens uitsluitend in het kader van ons polis- en schadebeheer, doorgegeven kunnen worden aan onze herverzekeraar of aan derden waarmee wij contractueel verbonden zijn.

- De verzekerde verbindt zich ertoe zijn arts alle geneeskundige verklaringen te vragen die nodig zijn voor het afsluiten of het uitvoeren van de polis. Hij geeft bovendien uitdrukkelijk opdracht aan de arts die zijn overlijden vaststelt, om een verklaring over zijn doodsoorzaak af te geven aan onze raadgevende geneesheer.
- **Waarschuwing**  
Iedere oplichting of poging tot oplichting van Baloise Insurance brengt niet alleen de opzegging van de polis mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.



De verzekeraars zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen ...  
... u die te goeder trouw bent, kunt op ons rekenen.  
Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.

## Uw veiligheid, onze zorg.

[www.baloise.be](http://www.baloise.be)

Baloise Belgium nv – Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0096 met FSMA-nr. 24.941 A  
Maatschappelijke zetel: City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, België – Tel.: +32 3 247 21 11  
Zetel: Marsveldstraat 23, 1050 Brussel, België – Tel.: +32 2 773 03 11  
[info@baloise.be](mailto:info@baloise.be) – [www.baloise.be](http://www.baloise.be) – RPR Antwerpen – BTW BE 0400.048.883 – IBAN: BE31 4100 0007 1155 – BIC: KREDBEBB  
Baloise Insurance is de handelsnaam van Baloise Belgium nv.

## AANGIFTE ZIEKTE OF ONGEVAL MET LICHAAMELIJK LETSEL

WIT = ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval

ROZE = exemplaar voor de getroffene

GEEL = ingevuld terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance binnen 8 dagen (eveneens door de behandelende geneesheer laten invullen)

### GEGEVENS OVER DE ZIEKTE OF HET ONGEVAL

Polisreferentie  Dossiernr.   
 Datum ongeval/ziekte  om  uur  
 Plaats ongeval   
 Nr. bemiddelaar  Naam bemiddelaar   
 Briefwisseling aan:  bemiddelaar Referentie bemiddelaar   
 klant Referentie klant

### VERZEKERINGNEMER

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak

### GETROFFENE

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak   
 Voor kinderen: naam van de vader en/of de moeder

### TEGENPARTIJ

Voor bestaande klanten: klantnr.  Polisref.   
 Naam en voornaam of firmanaam   
 Straat  Nr.  Bus   
 Postnr.  Gemeente  Land   
 Geboortedatum  Geboorteplaats   
 Tel./gsm  Fax  Taal:  N  F Geslacht:  M  V  
 Financiële rekening: BIC  Nationaal nr.   
 IBAN   
 BTW-plichtig:  Ja  Neen Ondernemingsnr.  Aftrekpercentage  %  
 RPR  Beroep of bedrijfstak   
 Verzekeringsmaatschappij en polisreferentie   
 Voertuig

### SAMENLOOP VAN VERZEKERINGEN

Bezit u nog andere polissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte?

Ja  Neen

Welke? (vermeld eveneens naam van de verzekeraar en polisreferentie): .....

### OMSTANDIGHEDEN

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval: .....

Aard van de kwetsuren of ziekte: .....

### VERKLARINGEN

U verklaart zich akkoord met de bepalingen vermeld op de achterzijde van het roze exemplaar dat voor u bestemd is.

Gedaan in ....., op .....

Handtekening getroffene

\*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

## VERPLICHTE MEDEDELINGEN

- Baloise Insurance verwerkt de persoonsgegevens in het kader van risicobeoordeling, beheer van polissen en schadegevallen en voor commerciële doeleinden. De gegevens van de verzekerde kunnen ook worden gebruikt binnen bedrijven van de Baloise Group. De verzekerde kan deze gegevens conform de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer steeds opvragen en laten verbeteren bij het Secretariaat-Generaal ([privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)). Wenst de verzekerde geen commerciële informatie te ontvangen, dan moet hij dit melden.

De verzekerde geeft ons de uitdrukkelijke toestemming om zijn gezondheidsgegevens en gerechtelijke gegevens te verwerken voor het beheer van polissen en schadegevallen. Alle verworven persoonsgegevens kunnen wij ook gebruiken in het kader van fraudebestrijding.

De verzekerde stemt er verder mee in dat de persoonsgegevens uitsluitend in het kader van ons polis- en schadebeheer, doorgegeven kunnen worden aan onze herverzekeraar of aan derden waarmee wij contractueel verbonden zijn.

- De verzekerde verbindt zich ertoe zijn arts alle geneeskundige verklaringen te vragen die nodig zijn voor het afsluiten of het uitvoeren van de polis. Hij geeft bovendien uitdrukkelijk opdracht aan de arts die zijn overlijden vaststelt, om een verklaring over zijn doodsoorzaak af te geven aan onze raadgevende geneesheer.
- **Waarschuwing**  
Iedere oplichting of poging tot oplichting van Baloise Insurance brengt niet alleen de opzegging van de polis mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.



De verzekeraars zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen ...  
... u die te goeder trouw bent, kunt op ons rekenen.  
Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.

## Uw veiligheid, onze zorg.

[www.baloise.be](http://www.baloise.be)

Baloise Belgium nv – Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0096 met FSMA-nr. 24.941 A  
Maatschappelijke zetel: City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, België – Tel.: +32 3 247 21 11  
Zetel: Marsveldstraat 23, 1050 Brussel, België – Tel.: +32 2 773 03 11  
[info@baloise.be](mailto:info@baloise.be) – [www.baloise.be](http://www.baloise.be) – RPR Antwerpen – BTW BE 0400.048.883 – IBAN: BE31 4100 0007 1155 – BIC: KREDBEBB  
Baloise Insurance is de handelsnaam van Baloise Belgium nv.

## AANGIFTE ZIEKTE OF ONGEVAL MET LICHAAMELIJK LETSEL

WIT = ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval

ROZE = exemplaar voor de getroffene

GEEL = ingevuld terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance binnen 8 dagen (eveneens door de behandelende geneesheer laten invullen)

### GEGEVENS OVER DE ZIEKTE OF HET ONGEVAL

Polisreferentie	<input type="text"/>	Dossiernr.	<input type="text"/>
Datum ongeval/ziekte	<input type="text"/>	om	<input type="text"/> uur
Plaats ongeval	<input type="text"/>		
Nr. bemiddelaar	<input type="text"/>	Naam bemiddelaar	<input type="text"/>
Briefwisseling aan:	<input type="checkbox"/> bemiddelaar	Referentie bemiddelaar	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> klant	Referentie klant	<input type="text"/>

### VERZEKERINGNEMER

Voor bestaande klanten:	klantnr.	<input type="text"/>	Polisref.	<input type="text"/>
Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/>				
Straat <input type="text"/>		Nr.	<input type="text"/>	Bus <input type="text"/>
Postnr.	<input type="text"/>	Gemeente	<input type="text"/>	Land <input type="text"/>
Geboortedatum <input type="text"/>		Geboorteplaats <input type="text"/>		
Tel./gsm	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Financiële rekening: BIC <input type="text"/>		Nationaal nr. <input type="text"/>		
IBAN <input type="text"/>				
BTW-plichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Ondernemingsnr.	<input type="text"/>	Aftrekpercentage <input type="text"/> %.
RPR	<input type="text"/>	Beroep of bedrijfstak	<input type="text"/>	

### GETROFFENE

Voor bestaande klanten:	klantnr.	<input type="text"/>	Polisref.	<input type="text"/>
Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/>				
Straat <input type="text"/>		Nr.	<input type="text"/>	Bus <input type="text"/>
Postnr.	<input type="text"/>	Gemeente	<input type="text"/>	Land <input type="text"/>
Geboortedatum <input type="text"/>		Geboorteplaats <input type="text"/>		
Tel./gsm	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Financiële rekening: BIC <input type="text"/>		Nationaal nr. <input type="text"/>		
IBAN <input type="text"/>				
BTW-plichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Ondernemingsnr.	<input type="text"/>	Aftrekpercentage <input type="text"/> %.
RPR	<input type="text"/>	Beroep of bedrijfstak	<input type="text"/>	
Voor kinderen: naam van de vader en/of de moeder <input type="text"/>				

### TEGENPARTIJ

Voor bestaande klanten:	klantnr.	<input type="text"/>	Polisref.	<input type="text"/>
Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/>				
Straat <input type="text"/>		Nr.	<input type="text"/>	Bus <input type="text"/>
Postnr.	<input type="text"/>	Gemeente	<input type="text"/>	Land <input type="text"/>
Geboortedatum <input type="text"/>		Geboorteplaats <input type="text"/>		
Tel./gsm	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Financiële rekening: BIC <input type="text"/>		Nationaal nr. <input type="text"/>		
IBAN <input type="text"/>				
BTW-plichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Ondernemingsnr.	<input type="text"/>	Aftrekpercentage <input type="text"/> %.
RPR	<input type="text"/>	Beroep of bedrijfstak	<input type="text"/>	
Verzekeringsmaatschappij en polisreferentie <input type="text"/>				
Voertuig <input type="text"/>				

### SAMENLOOP VAN VERZEKERINGEN

Bezit u nog andere polissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte?

Ja  Neen

Welke? (vermeld eveneens naam van de verzekeraar en polisreferentie): .....

### OMSTANDIGHEDEN

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval: .....

Aard van de kwetsuren of ziekte: .....

### VERKLARINGEN

U verklaart zich akkoord met de bepalingen vermeld op de achterzijde van het roze exemplaar dat voor u bestemd is.

Gedaan in ....., op .....

Handtekening getroffene

## GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

Binnen 8 dagen terug te sturen t.a.v. de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance.

GETROFFENE  
NAAM EN WOONPLAATS

DATUM ONGEVAL/ZIEKTE

EERSTE ONDERZOEK

AARD VAN DE VERWON-  
DINGEN OF ZIEKTE  
UITVOERIG OMSCHRIJVEN

BEGIN ARBEIDS-  
ONGESCHIKTHEID

BIJKOMENDE  
OPMERKINGEN

ONGESCHIKTHEID TOT  
ARBEIDEN OF TOT  
NORMALE ACTIVITEITEN

PROGNOSE

VERZORGING

.....  
.....  
.....

Datum: ..... Uur: .....

Datum: ..... Uur: .....

Is het ongeval/de ziekte te wijten aan een vooraf bestaande toestand?  Ja  Neen  
Bestendige letsels als gevolg van vroegere ongevallen of ziekten:

100 % van ..... t.e.m. ....  
..... % van ..... t.e.m. ....  
..... % van ..... t.e.m. ....  
..... % van ..... t.e.m. ....  
..... % van ..... t.e.m. ....

Is nog in behandeling.  
 Volledige genezing is bereikt.  
 Bestendige gedeeltelijke ongeschiktheid blijft wegens .....  
.....  
en kan bepaald worden op ..... %.

Volledige genezing wordt voorzien tegen  
 Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid moet worden verwacht wegens .....  
.....  
en kan worden geschat op ..... %.  
 Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid kan nog niet bepaald worden.

Getroffene wordt verzorgd:  
 in zijn woning  
 in kabinet geneesheer  
 in ziekenhuis van .....

Naam van de geneesheer die de getroffene verzorgt: .....

Gedaan in ....., op .....  
Naam en woonplaats en/of stempel van de geneesheer Handtekening geneesheer